

Perfiles gerenciales en la certificación internacional. “De los conceptos a los hechos”

Managerial profiles on the international certification. “From concepts to facts”

Carlos Gerardo Godínez-Cortés,¹ Miguel Gerardo Delgado-Rodríguez²

RESUMEN

Se presenta la caracterización de los “Perfiles Gerenciales” (PG) que intervinieron en el logro de la certificación con los nuevos indicadores de la Joint Commission International (JCI) en una institución médica de tercer nivel de atención.

Se desarrolló una tipología de PG útil para obtener la certificación y se establecieron las acciones determinantes de cada uno de los PG y sus aportaciones o repercusiones para implementar un “Modelo de Administración con Enfoque Gerencial” (MAEG).

Se establecieron dos grupos de trabajo, un “Grupo Líder de la Certificación” y otro de “Agentes de calidad” (126 colaboradores) con personal de las diversas áreas de la institución, quienes lograron mejoramiento cultural y académico del personal (en más de 250 áreas), además de desarrollar un vínculo de agradecimiento recíproco como respuesta al apoyo recibido. Los trabajadores crearon nuevas metas en sus áreas de trabajo y se transformaron en auténticos promotores de la sinergia institucional.

Mediante el “Plan de los Siete Ejes” establecido por la Dirección de Administración en coordinación con la Dirección General, se alcanzó el objetivo principal de este proyecto de intervención, lográndose la certifi-

cación institucional, sin requerir apoyo presupuestario adicional.

Ir “de los conceptos a los hechos”, trascender más allá de lo científico y poner en términos prácticos los conceptos de calidad, promulgar el desarrollo del ser humano como parte fundamental de la institución y pieza clave en la atención integral, es la premisa de los PG; modelo que promueve la adopción de un conjunto de valores, actitudes y hábitos en las personas, que complementados con el uso de herramientas generan entornos de calidad para favorecer mejoras.

Palabras clave: Perfiles gerenciales, Modelo de administración, Certificación internacional, Valores endógenos, Valores exógenos, Enfoque gerencial, estratégico, táctico y operativo.

ABSTRACT

This paper presents the characterization of “Managerial Profiles” (MP) that played an important role in a medical institution for the achievement of certification through the new indicators established by the International Joint Commission (IJC) for tertiary health care institutions.

¹ Director de Administración del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

² Soporte Administrativo en la Subdirección de Recursos Materiales del Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”.

Folio: 146/11

Artículo recibido: 23 de agosto de 2011

Artículo aceptado: 20 de octubre de 2011

Correspondencia: Mtro. Carlos Gerardo Godínez Cortés. Dirección de Administración, Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. Juan Badiano núm. 1, Col. Sección XVI, Del. Tlalpan, C. P. 14080; México, D. F. Tel. (55)55732911 ext. 1132. Correos electrónicos: carlos.godinez@cardiologia.org.mx, gerardo.delgado@cardiologia.org.mx

A typology of MP useful for certification was developed, as well as the lines of action to be implemented, the decisive actions of each of the MP and their contributions and impact on the implementation of an "Administration Model with Managerial Focus" (AMMF).

Traversing the gap "from concepts to the facts," to go beyond the scientific concepts and translate them into practical concepts of quality; to promulgate human development as a fundamental element of the institution and key part of comprehensive care. Those are the

premises of MP, a model that promotes the adoption of a set of values, attitudes and habits in people, elements that when complemented with the appropriate use of tools generate quality environments that enable labor improvements.

Key words: Managerial profiles, Administrative model, International certification, Endogenous values, Exogenous values, Managerial focus, strategic, tactical and operative.

INTRODUCCIÓN

Para obtener la "Certificación con los Nuevos Estándares Internacionales" que otorga la Joint Commission International (JCI)¹ ante el Consejo de Salubridad General (CSG), el Instituto Nacional de Cardiología de México, "Dr. Ignacio Chávez", se propuso llevar a cabo un proyecto de investigación-acción, cuyo objetivo fue desarrollar una metodología de trabajo caracterizada por ser: Autoevaluable, Incluyente, Medible y Autofinanciable, basado en el "Plan de acción de siete ejes".

La metodología se desarrollaría durante el 2010 y debería permitir la definición de "Perfiles gerenciales" (PG), tanto del "Equipo líder de certificación" como de los "Agentes de Calidad", necesarios para obtener el grado de Institución Certificada Internacionalmente.

La estrategia de identificación e implantación de los PG consistió en desarrollar los siguientes tres ejes principales:

- Establecimiento de actividades específicas derivadas de la identificación de necesidades.
- Establecimiento de características gerenciales requeridas para las actividades identificadas.
- Análisis de la convergencia y divergencia de los puntos anteriores y la repercusión de estas características en las actividades que contribuyeron a obtener la certificación.

La metodología por desarrollar debería lograr un doble propósito; por una parte conseguir la certificación del Instituto Nacional de Cardiología, "Dr. Ignacio Chávez", con estándares internacionales y por otra, disponer de un modelo gerencial de referencia basado en un modelo organizacional (Modelo Cardio-calidad), para otras instituciones que deseen cumplir con los procesos exigidos por la certificación, principalmente en el capítulo relacionado con el fortalecimiento del capital humano y la definición de perfiles gerenciales que contribuyan a la toma de decisión.

DESARROLLO DE LOS PERFILES GERENCIALES

En el segundo semestre de 2009 se llevaron a cabo evaluaciones de las metas y análisis FODA, aplicables a cada una de las áreas que conforman la institución. Con estos análisis se expusieron las áreas de oportunidad señaladas como prioritarias y de alto impacto (Figura 1).

RESULTADOS DEL ANÁLISIS PRELIMINAR
Desarrollo de capacitación y validación de conocimientos de los recursos humanos.
Sistemas de información no planeados, no ejecutados (hasta con un retraso de año y medio).
Falta de un sistema de planeación en recursos materiales (necesidades contra insumos).
Falta de un sistema de alineación en áreas administrativas. (Esfuerzos sin rumbo.)
Ventanillas múltiples para solicitudes de apoyo.
Falta de un sistema de transparencia y oportunidad.
Falta de certificación en el desarrollo de actividades.

Figura 1. Resultados y áreas de oportunidad identificadas de análisis inicial.

Posteriormente se llevó a cabo la correlación de las necesidades de los pacientes y las áreas de oportunidad identificadas, las metas institucionales, los ideales de los Gerentes de la Salud y los recursos con los que se contaba, hacia un punto común de convergencia entre todos ellos. En esta etapa el esfuerzo principal consistió en hacer converger los "valores y actividades individuales con un objetivo integral".

En la siguiente etapa se implementó un "Modelo de Administración con Enfoque Gerencial" (MAEG) que

relaciona la actuación de los PG y el “Plan de Acción de siete ejes”, que ayudó a transitar de una situación de esfuerzos dispersos, hacia la focalización de los ideales organizacionales con una meta en común (Figura 2).



Figura 2. MAEG basado en el “Plan de los 7 Ejes”.

El “Plan de acción de los 7 Ejes” se desarrolló con una visión gerencial en función de las necesidades detectadas, el cual incorporó los siguientes ejes de trabajo:

1. Una filosofía para la asimilación del cambio.
2. El replanteamiento de los procesos administrativos orientados al paciente.
3. La implementación de un sistema de abasto basado en coordinaciones.
4. La implementación del modelo de integración de “Reuniones staff”.
5. Modelos de gestión de las áreas administrativas.
6. La implementación de un modelo de control del abasto.
7. La capacitación y sensibilización a los colaboradores en un ámbito formativo de valores institucionales y Certificación Institucional.

Posteriormente se realizaron actividades en el desarrollo metodológico planeado, las cuales se describen a continuación.

Integración de los “Perfiles Gerenciales”

La certificación forma parte de los procesos cuyo propósito es asegurar o garantizar la calidad de la atención médica en las instituciones de salud.² Esta premisa ha llevado al Consejo de Salubridad General (CSG) de México a desarrollar diversos sistemas de auditoría que permitan garantizar las mejores prácticas sanitarias para

lograr competir con estándares internacionales. En noviembre de 2009, la institución solicitó su certificación ante el CSG, para lo cual desarrolló un modelo de trabajo propio que permitiera en un tiempo relativamente corto obtener la certificación. Este modelo se denominaría “cardio-calidad” y tendría las siguientes características: Autoevaluable, Incluyente, Medible y Autofinanciable.

Autoevaluable: Sustentado en la identificación y aplicación de la “Cédula para Auditar Hospitales” con los nuevos indicadores de la JCI por parte del equipo de “Agentes de calidad”, así como la implementación de cursos de inducción sobre los nuevos indicadores internacionales adoptados para la certificación por el CSG, que permitieron construir un diagnóstico situacional. Este diagnóstico situacional sirvió para que el Departamento de Calidad elaborara un proyecto de intervención organizacional.

Incluyente: Se estableció un “Equipo Líder de la Certificación”, con carácter gerencial, el cual formuló un “Plan Direccional para la Certificación”. En esta actividad se definieron y establecieron metas concretas para llegar a la meta programada. Este plan no habría sido posible sin el apoyo y confianza del cuerpo directivo del Hospital.

Sumado a lo anterior, se conformó un segundo grupo de personas dedicadas a ejecutar las actividades que fueran diseñadas e implementadas por el primer grupo; esto implicó tareas como el desarrollo de los sistemas, subsistemas, estándares y elementos medibles.

Este grupo se integró con personal de las diversas áreas de la institución a quienes se les llamó “Agentes de calidad” (126 colaboradores). Sus actividades centrales fueron: difundir, modificar, revisar, evaluar y supervisar (Figura 3).

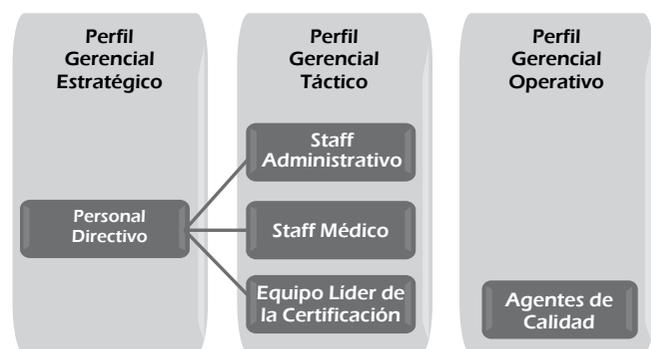


Figura 3. Modelo de PG y el capital humano.

Medible: Se establecieron estrategias medibles del “Plan Direccional”. El “Equipo Líder de Certificación” sesionaba de manera cotidiana y se preparaba en el conocimiento de los estándares, los elementos medibles, así como la normatividad específica aplicable a la institución. Se originaron áreas de responsabilidades,

donde cada uno de los integrantes del “Equipo Líder de Certificación” realizó observaciones, registros históricos, tomaron fotografías para fundamentar la evaluación inicial y establecieron un diagnóstico situacional.

Se implementó una metodología para el seguimiento por medio de un código de semáforo (verde=sí cumple; amarillo=cumple parcialmente; rojo=no cumple). Los componentes del tablero de control fueron: Código del estándar, descripción del estándar, elemento medible, estatus, causa de incumplimiento y acuerdos (Figura 4).

DATOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN		
ACTIVIDAD	DEPARTAMENTO ASIGNADO	Estatus
A	X	Verde
B	Y	Amarillo
C	Z	Rojo

Figura 4. Código de autoevaluación para los procesos de certificación.

Autofinanciable: Este componente estratégico fue buscado desde el inicio ya que se apostó por las estrategias administrativas creativas y optimizadoras que permitieron focalizar el presupuesto utilizado para solventar las ventanas de oportunidad determinadas durante este proceso. Confiar en el capital humano, en su creatividad y compromiso, nos permitió no solicitar más recursos financieros de los que se tenían, sino ser más eficientes y aprovecharlos de tal forma que se potenciara a los colaboradores en las actividades innovadoras que ellos mismos propusieran como óptimas, con base en la guía de actuación propuesta por el Perfil Gerencial (Figura 5).

El *Perfilamiento gerencial* del “Equipo Líder de Certificación” y de los colaboradores asociados al proceso de Certificación Internacional, fue sin duda uno de los mecanismos más importantes de los métodos utilizados, que permitió maximizar las habilidades de todos y cada uno de ellos. Además de haber sido una experiencia de éxito, representó una optimización de los recursos en el

desarrollo de las actividades. Este paradigma desencadenó estrategias innovadoras en cuanto al proceso de Certificación Internacional; por ejemplo, las campañas de sensibilización del personal en colaboración con los “Agentes de Calidad”.

Dichas campañas consistieron en la difusión de la misión, visión y valores institucionales, derechos de los pacientes, utilización adecuada del gafete, espacio libre de humo, manejo del expediente clínico, programa interno de protección civil y metas internacionales de seguridad del paciente, entre otras. Es importante mencionar que este modelo organizacional “Cardio-Calidad” obtuvo el Premio Nacional de Administración 2010.

Aportación al marco teórico de los perfiles gerenciales de la certificación internacional

Para definir los perfiles gerenciales debemos analizar el rol gerencial de la administración, así como a la institución con sus diferentes niveles de toma de decisiones. El Gerente de Servicios de Salud es el responsable del desempeño de una o más personas dentro de la institución. Por consiguiente, planea, organiza, dirige personas; gestiona y controla recursos materiales, financieros, informáticos y tecnología, para conseguir los objetivos establecidos en una organización.³

Es importante reconocer los diferentes niveles de decisión en las organizaciones, ya que existe una jerarquía o pirámide de autoridad; es decir, una estratificación y diferenciación en el uso del poder. Así, las organizaciones se conforman en tres niveles jerárquicos:

Nivel institucional. Es el nivel organizacional de mayor rango, conformado por los dirigentes o directivos con mayor estatus; también se le denomina nivel estratégico por ser el responsable de la definición de los principales objetivos y de las estrategias organizacionales. Este nivel se asocia frecuentemente con el medio ambiente externo de la organización.⁴

Nivel intermedio. Articula internamente el nivel institucional con el nivel operacional de la organización. Es el nivel del medio campo o táctico y funciona como una capa amortiguadora de los daños ambientales, pues recibe las decisiones globales tomadas en el nivel



Figura 5. Componentes del modelo de certificación.

institucional y las transforma en programas de acción para el nivel operacional. Se traduce en medios de acción cotidianos para que el nivel operativo pueda transformarlos en ejecuciones.

Nivel operacional. Es el más interno de la organización y constituye la base del organigrama. Administra la ejecución, la realización de tareas y actividades cotidianas. En este nivel, el administrador debe poseer visión operacional. Recibe el nombre de supervisión de primera línea porque tiene contacto directo con la ejecución y la operación realizadas por los empleados no administrativos y personal que se encargan de realizar tareas y actividades de rutina en la organización (Figura 6).

NIVEL	ACTUACIÓN	ALCANCE	DURACIÓN
INSTITUCIONAL	Estratégica	Global, incluye a toda la organización.	Largo plazo
INTERMEDIO	Táctica	Parcial, incluye a una unidad de la organización.	Mediano plazo
OPERACIONAL	Operativa	Específico, incluye determinada operación o tarea.	Corto plazo

Figura 6. Niveles de actuación de los PG.

Planteamiento de los perfiles gerenciales para la certificación internacional por nivel jerárquico.

A. Planteamiento del Perfil Gerencial Estratégico (PGE): El nivel institucional está representado por el tramo de control del grupo directivo, el cual en términos generales, tiene el conocimiento y la responsabilidad de gestionar las condiciones favorables para la satisfacción de las necesidades de los usuarios o pacientes, a través de un plan de trabajo Institucional (en este caso, quinquenal), en el que se enmarcan estrategias globales que resulten útiles para alcanzar la misión y visión institucionales. Los componentes principales del “Perfil Gerencial Estratégico” que se manifestaron con un efecto relevante⁵ a raíz de las actividades de la Certificación Internacional, se clasifican en dos rubros: Componentes Endógenos y Componentes Exógenos (Figura 7).

B. Planteamiento del “Perfil Gerencial Táctico” (PGT): De acuerdo con el “Análisis de Convergencias y Diver-

gencias”, el PGT está constituido por el tramo de control donde presta su actuación o se desempeña el Personal Médico, representado por la Dirección Médica, la Dirección de Investigación, la Dirección de Enseñanza, la Dirección de Enfermería y la Dirección de Administración, así como el Grupo Líder de Certificación. Invariablemente, al tratarse de múltiples campos de acción, se definen un sinnúmero de aspectos asociados a las características individuales de cada tramo de control; sin embargo, mediante un análisis de convergencias y divergencias de conceptos aplicados a las actividades desarrolladas para el logro de la Certificación Internacional, se establecen los factores primordialmente requeridos por cada grupo que intervinieron directamente para lograr cada objetivo (Figura 8).

COMPONENTES ENDÓGENOS	COMPONENTES EXÓGENOS
• Respeto	• Impulso
• Confianza	• Comunicación efectiva
• Disciplina	• Sentido de pertenencia
• Compromiso	• Sinergia institucional
• Innovación	

Figura 7. Componentes Endógenos y Exógenos del PGE.

COMPONENTES ENDÓGENOS	COMPONENTES EXÓGENOS
• Responsabilidad	• Comunicación
• Interés	• Sinergia institucional
• Compromiso	• Adaptabilidad al cambio
• Conocimiento	• Seguimiento
• Experiencia	• Aplicación a la norma
• Negociación	• Coordinación

Figura 8. Componentes Endógenos y Exógenos del PGT.

En este sentido, los “Componentes Endógenos” marcan las atribuciones⁶ del PGT que sus representantes pusieron en evidencia dentro del Equipo Líder de la Certificación en el desarrollo de las actividades que se programaron en el “Plan Direccional”. Por su parte, los “Componentes Exógenos” permitieron establecer un entendimiento claro hacia el PGE, un vínculo sólido hacia los “Perfiles Gerenciales Operativos” (PGO) representados por los “Agentes de Calidad”, y con el resto de la Institución en lo concerniente a la colaboración en las actividades de certificación.⁷

C. Planteamiento del “Perfil Gerencial Operativo” (PGO): El último perfil identificado es el PGO, que si bien es el menor en los tramos de control, es el encargado de la ejecución de las actividades propuestas y su ámbito de acción está inscrito dentro de las directrices que define el PGE y promueve el PGT.

Por su propia naturaleza, este perfil se diversifica en función de los diferentes puntos de vista y personalidades de los colaboradores asociados al equipo de “Agentes de Calidad”. Con el perfilamiento gerencial operativo se logró identificar y afiliar a 126 colaboradores en este rubro. Las capacidades de este perfil se focalizan en aspectos relacionados directamente con el desempeño de actividades, por lo que su función es muy relevante para emitir valores cualitativos y cuantitativos para la retroalimentación de las fases de Certificación Internacional con base en los estándares de la Cédula de Certificación (Figura 9).

COMPONENTES ENDÓGENOS	COMPONENTES EXÓGENOS
• Responsabilidad	• Difundir
• Interés	• Revisar
• Compromiso	• Evaluar
• Conocimiento	• Modificar
• Experiencia	• Supervisar
• Comunicación	

Figura 9. Componentes Endógenos y Exógenos del PGO.

Vinculación de los PG y la implementación de los 7 Ejes de acción 2010

Con este paradigma de trabajo basado en los PG se establecieron dos premisas. La primera consistió en fortalecer la parte humana y moral de todos los colaborado-

res, a partir de una visión integral de sus necesidades sobre un método de liderazgo específico. El PGE enfocó sus acciones en una guía de liderazgo transformacional que no sólo se orientara hacia acciones y resultados del colaborador, sino a la renovación de su cultura en los tramos de control de los perfiles táctico y operativo.

La segunda premisa propone tomar en cuenta las necesidades y deficiencias presentes en la institución, por mínimas que fueran. Al no menospreciar los detalles sino incluirlos en una visión holística de la Institución, se pudieron establecer planes y programas que analizaban a la institución desde los diferentes puntos de vista de cada colaborador. Observar las áreas de oportunidad desde ópticas tan disímiles como por ejemplo la de un médico, un arquitecto y un informático, enriquecieron el abanico de soluciones y generaron una sinergia a la solución de las deficiencias.

Con base en estas premisas se conforman las acciones concretas de los PG, mismas que fueron decisivas para el avance de la institución hacia una nueva cultura de calidad (Figura 10).

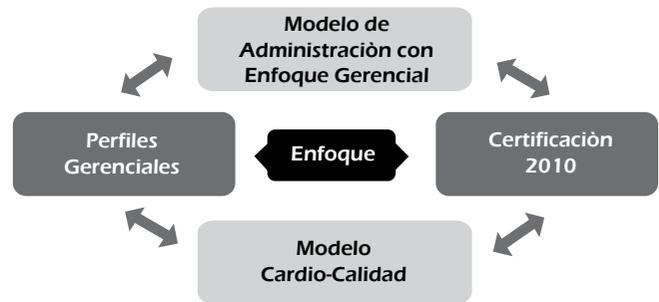


Figura 10. Arquitectura de acción de los PG.

Mediante el plan de los llamados “Ejes de acción” se desarrollaron los siguientes rubros:

Modelo de valores y las nueve claves del cambio: El PGE, en coordinación con el PGT, llevaron a cabo durante el 2010 una capacitación y método de trabajo para todos los colaboradores de la institución donde se promueve el cambio de actitudes y hábitos en relación con la manera de desarrollar su trabajo y de su relación con las cosas, con uno mismo y con la organización, como se muestra a continuación (Figura 11).

Procesos administrativos orientados al paciente: Para realizar la Administración con Enfoque Gerencial, se consideraron tres premisas de actuación: Optimizar, Planear y Regularizar (Figura 12).

La orientación de los procesos hacia la atención de calidad al paciente se efectúa a partir de una hoja de ruta basada en un diseño que incluye el análisis de la infraestructura, la coordinación, la integración, los sistemas de información y la división del trabajo, así como la consolidación del desarrollo organizacional; lo primor-

dial es el fortalecimiento de liderazgos motivacionales, la comunicación y el trabajo en equipo tomando siempre como referencia o punto focal, la satisfacción de los requerimientos o necesidades de los pacientes que acuden al Instituto Nacional de Cardiología. Otros aspectos que se tomaron en cuenta fueron el desempeño organizacional, así como la calidad, productividad y eficacia, apegados al Programa Nacional de Salud 2006-2012, establecido por la Secretaría de Salud Federal e implementados en los "Modelos de Gestión Administrativa 2010".

RELACIÓN	CLAVE	PROPÓSITO
CON LAS COSAS	1. Clasificación	Mantener sólo lo necesario
	2. Organización	Mantener todo en orden
	3. Limpieza	Mantener todo limpio
CON UNO MISMO	4. Bienestar personal	Cuidar la salud física y mental
	5. Disciplina	Mantener un comportamiento confiable
	6. Constancia	Preservar los buenos hábitos
	7. Compromiso	Ir hasta el fin de las tareas
CON LA ORGANIZACIÓN	8. Coordinación	Actuar como equipo con los compañeros
	9. Estandarización	Unificar el trabajo a partir de los estándares

Figura 11. Las nueve claves del cambio y su relación con los PG.

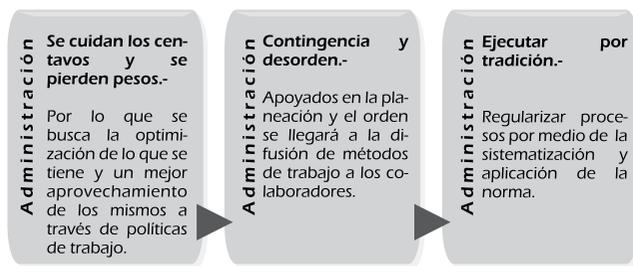


Figura 12. Áreas de oportunidad y premisas de actuación.

Modelo de abasto basado en coordinaciones: Sustentado sobre los "Perfiles Gerenciales Tácticos y Operativos" que pertenecen a las áreas encargadas de los recursos materiales. La repercusión es tal, que sin importar el desempeño de los profesionales de la salud, si no existen los insumos suficientes y de forma oportuna para el cuidado del paciente, simplemente es imposible que exista calidad en la atención. De la mano de un sistema informático óptimo, la coordinación para la correcta operación del abasto, incluye un conjunto de actividades sistematizadas desde el momento en que se manifiesta una necesidad de abasto, hasta la entrega del mismo.⁸

Modelo de integración "Reuniones STAFF": Uno de los "7 Ejes de acción" se enfocó al desarrollo de una estrategia dirigida a propiciar la integración de los funcionarios que desempeñan actividades estratégicas en la Institución, con el personal de los otros dos niveles (táctico y operativo), por considerarla necesaria para la "toma de decisiones". A partir de la implantación de este modelo se obtuvo, entre otras cosas, la armonización de diferentes puntos de vista hacia la resolución de los problemas encontrados a lo largo del desarrollo de los planes propuestos. Las "Reuniones Staff" se desarrollaron semanalmente y para facilitar la interacción entre los diversos niveles de PG, se utilizó el método denominado "Espiral de Toma de Decisiones", que consiste en la definición de tres diferentes ámbitos de acción:

Staff Ejecutivo o de planeación contingencial: En este ámbito de actuación se resuelven problemas que surgen en la institución en los ámbitos estratégico y táctico, con la participación de personal de las diferentes áreas de la institución, pero con el mismo nivel jerárquico.

Staff Ampliado: En este ámbito de decisión se reúne personal que tiene capital humano con la suficiente capacidad técnica y habilidad para trazar el rumbo de la institución.

Grutas (Grupos de trabajo): En este ámbito de decisión se reunieron profesionales de diferentes disciplinas y niveles jerárquicos, con la finalidad de resolver un problema específico para definir decisiones rápidas y efectivas.

Modelo de gestión de las áreas administrativas: La quinta línea de acción se desarrolló aprovechando las capacidades del personal de todas las áreas funcionales de la institución.⁹ Con base en el MAEG propuesto por la Dirección de Administración, se adoptó el "Modelo Básico de Gestión de la Oficialía Mayor", para promover hacia el interior de la institución el establecimiento de planes específicos a ser desarrollados en el 2010. En esta actividad, el PGT desempeñó un papel esencial, debido a que sirvió de guía para establecer planes específicos que se desarrollaron en cada Área.

Modelo de control y evaluación de "Abasto No-Falla": La implantación de un modelo de control de abasto¹⁰ derivó en varios logros desde su inicio; en particular, permitió delinear el concepto en el cual se propone que el "alma administrativa" de una organización dedicada a ofrecer servicios de salud con calidad, es el abasto oportuno de insumos, medicamentos y material de curación. Aquí se conjugaron criterios de abasto, tiempo, oportunidad, magnitud, costo, y el apego a la Ley de Adquisiciones, Arrendamientos y Servicios del Sector Público, además de la normatividad vigente en la materia relativa a criterios de tipo presupuestario, de austeridad entre muchos otros.

Esta estrategia de evaluación se sustentó en la óptima utilización de recursos y procesos para fomentar un cambio de actitud y aptitud en cuanto al suministro de insumos médicos y bienes en general. Ello implicó definir controles de entradas, salidas, registros y caducidades de insumos médicos, manejo de emergencias de abasto fuera del cuadro básico de medicamentos o sobredemanda, control estadístico¹¹ de los consumos diarios y su correlación con los padecimientos registrados.

Capacitación y sensibilización formativa de valores: La profesionalización continua y el fortalecimiento de los procesos de trabajo, mediante el desarrollo profesional del capital humano, proporcionan las bases para un desempeño de calidad. El modelo de PG se enfocó a potenciar el factor humano, partiendo de una correcta detección de necesidades de los colaboradores.

El análisis realizado en las "Reuniones Staff" relacionado con las necesidades identificadas y comunicadas por los PGTs, la apertura de los PGE para una comunicación efectiva con los colaboradores de los PG Táctico y Operativo y el punto de vista técnico de la Subdirección de Personal; hicieron posible el diseño y desarrollo de un programa anual de capacitación, de conformidad con las necesidades específicas de la Institución.

LOGRO DE LA CERTIFICACIÓN

El efecto de los Perfiles Gerenciales y el "Plan de los 7 Ejes" en la certificación lograda por la Institución, en gran medida se debió al apoyo que brindó cada colaborador en las actividades institucionales y específicamente en la ejecución del "Plan Direccional de Certificación" desarrollado por parte del área médica.

La actividad desplegada por los 126 Agentes de Calidad en las más de 250 áreas de la Institución, se reflejó en el mejoramiento cultural y académico del personal.

El PGE y el PGT brindaron de manera constante el apoyo estratégico, moral y técnico al PGO, que se reflejó en el mejor desempeño de este último. Esto resultó fundamental para el crecimiento de la institución y se desarrolló un vínculo de agradecimiento recíproco

como respuesta al apoyo recibido.

Se obtuvo calificación de 10 en cinco rubros parciales que fueron: "Acceso y Continuidad de la Atención", "Anestesia y Atención Quirúrgica", "Educación del Paciente y su Familia", "Gobierno, Liderazgo y Dirección" y Sistemas de Información.

El 26 de Agosto de 2010 se da a conocer el resultado general emitido por el CSG, que fue de 9.76 puntos, calificación fundamentada en cada uno de los estándares y sus elementos medibles.

Fue notoria la actitud de los trabajadores de la institución para crear nuevas metas en sus áreas de trabajo, aprovechando los nuevos conocimientos adquiridos, lo que transformó su actitud de un simple "colaborador" a un auténtico promotor de la sinergia institucional.

Se debe destacar que la inversión para realizar las actividades del "plan de siete ejes" se efectuaron en el marco del presupuesto aprobado, por lo que no se requirió de apoyo extra por parte del Gobierno Federal.

La evaluación de las repercusiones de este programa y en particular del desempeño del personal sustentado en la capacitación proporcionada, se detalla cuantitativamente en los Informes del Ejercicio 2010, aunque el efecto cualitativo aún se sigue reflejando en el mejoramiento de la actitud y aptitud de cada colaborador, en la calidad percibida por el personal de la Institución o clientes internos, y en la calidad percibida por los pacientes atendidos o clientes externos.

Los resultados obtenidos permiten aseverar que es posible mejorar la utilización óptima de los recursos y lograr más con lo que ya se tiene, siempre y cuando se apueste por el desarrollo del capital humano, como factor decisivo en la mejora de la calidad de atención y la transformación de la Institución.

Fue notorio el logro de los objetivos institucionales, debido a que las acciones no se enfocaron sólo a mejorar los métodos de trabajo y su correcta evaluación, sino por haber enfocado la acción hacia las causas y orígenes del buen desempeño de los profesionales de la salud.

También fue evidente que el no confinar las áreas administrativas en un aislamiento del resto de las áreas de la institución, abrió las posibilidades de canales de colaboración recíproca entre áreas médicas, paramédicas y administrativas.

En resumen, "en el mejoramiento de la actitud está el mejoramiento de la salud" y ello permitió que la Institución lograra en el segundo semestre del 2010 la "Certificación con los Nuevos Estándares" de la Joint Commission International.

DISCUSIÓN

Con base en el análisis de los nuevos estándares que refiere la JCI relativos a la atención de calidad hacia

el paciente y de gestión, tales como: ACC (acceso a la atención y continuidad de la misma), PFR (derechos del paciente y de su familia), AOP (evaluación de pacientes, atención de pacientes), ASC (anestesia y atención quirúrgica), MMU (manejo y uso de medicamentos), PFE (educación del paciente y de su familia), así como los estándares de gestión OPS (mejora de la calidad y la seguridad del paciente), PCI (prevención y control de infecciones), GLD (gobierno, liderazgo y dirección), FMS (gestión y seguridad de la instalación), SOE (calificaciones y educación del personal), MCI (manejo de la comunicación y la información), la institución desarrolló el concepto de "Perfiles Gerenciales" a fin de promover un método de identificación de colaboradores clave en el proceso de certificación.

En este sentido y de acuerdo con el punto de vista del Dr. Cabello Morales del Hospital Nacional Cayetano Heredia en Lima, Perú: "El enfoque actual de tipo gerencial de los sistemas de prestación de salud en el mundo, surge como una exigencia de la globalización y un mercado competitivo que busca mayor productividad y calidad".

Si bien diversas corrientes de administración han focalizado sus esfuerzos en los procedimientos, el Dr. en Administración Idalberto Chiavenato expone de manera clara, la teoría de Blau y Scott sobre los dilemas de la organización entre el orden y la libertad. En este contexto nuestra institución plantea un equilibrio entre la planeación centralizada y la iniciativa individual por medio del desarrollo de las competencias del colaborador, sobre todo la promoción de la comunicación efectiva y el compromiso organizacional.

De acuerdo con la teoría de J.P. Meller y Natalie J. Allen expuesta en 1991, desarrollar un compromiso al interior de la institución por parte de los colaboradores requiere primordialmente un intercambio simbiótico de satisfactores en los niveles afectivo de continuación y normativo.

Encuadrar los valores y asignar actividades según las capacidades que presente cada colaborador, permite en el corto plazo generar una sinergia de actividades focalizadas a los planes de certificación.

Por último, en cuanto al liderazgo en el desarrollo de las actividades requeridas en los procesos de dirección y control para la certificación, es importante mencionar que los costos humanos se adecuaron manteniendo procesos sencillos, de rápida respuesta y fácilmente medibles por cada colaborador.

De acuerdo con lo expuesto por Lee J. Krajewski, Larry P. Ritzman y Manoj K. Malhotra, "los trabajadores y supervisores de primera línea asumen responsa-

bilidades que antes correspondían a los gerentes de nivel medio y al personal de soporte". Obviamente se puede presentar la dificultad de establecer este ambiente por el antagonismo histórico de los grupos de control y de operación, sin embargo, además de que las relaciones de trabajo se reorienten para fomentar una cooperación y confianza mutua entre la dirección y los colaboradores, se requiere la continua difusión y agradecimiento de los objetivos y metas logradas con el fin de mantener una motivación institucional.

REFERENCIAS

1. Joint Commission International. Acreditación y Certificación. Disponible en: <http://es.jointcommissioninternational.org/enes/Accreditation-and-Certification-Process/>.
2. Cabello ME. Calidad de la atención médica: ¿paciente o cliente? *Rev Med Hered.* 2001; 12 (3).
3. Chiavenato I. Administración en los Nuevos Tiempos. Naturaleza y desafíos de la administración actual. Bogotá: Mc Graw Hill; 2002. p. 6-7. ISBN 9584103016.
4. Chiavenato I. Introducción a la teoría general de la administración, Teoría Estructuralista de la Administración. 7ª ed. Bogotá: Mc Graw Hill; 2006. p. 255. ISBN 970-10-5500-7.
5. Meyer JP, Allen NJ. A three-component conceptualization of organizational commitment. *Human Resource Management Review.* 1991; 1: 61-89.
6. Viveros JA. Liderazgo, comunicación efectiva y resolución de conflictos. Santiago de Chile: Oficina Internacional del Trabajo; 2003. ISBN 92-2-314237-7.
7. Summers DCS. Administración de la Calidad. México: Pearson; 2006. p. 89-147. ISBN 970-26-0813-9.
8. Ballou RH. Logística, Administración de la cadena de Suministro. 5ª ed. México: Pearson; 2004. p. 286-469. ISBN 970-26-0540-7.
9. Ishikawa K. ¿Qué es el control total de calidad?: La modalidad japonesa. Bogotá: Editorial Norma; 1986. p. 129-196. ISBN 958-04-7040-5.
10. Krajewski L, Ritzman L, Malhotra M. Administración de operaciones, procesos y cadenas de valor. 8ª ed. México: Pearson; 2008. p. 370-670. ISBN 978-970-26-1217-9.
11. Besterfield DH. Control de calidad. 8ª ed. México: Pearson; 2009. p. 77-252. ISBN 978-607-442-121-7.